



IOF
CAPTURE *the*
FRACTURE

MODELLO DI MIGLIOR PRATICA *per* I SERVIZI DI COORDINAMENTO PER LA FRATTURA

Determinazione dello standard

Gli studi mostrano che i modelli dei Servizi di Coordinamento per la Frattura (SCF) sono i più efficaci nella prevenzione delle fratture secondarie dal punto di vista dei costi. Questo approccio sistematico, che prevede un coordinatore della frattura al centro, può comportare una riduzione delle fratture, un risparmio dei costi per il sistema sanitario e un miglioramento della qualità di vita dei pazienti.

MODELLO DI MIGLIOR PRATICA PER LA PREVENZIONE DELLE FRATTURE SECONDARIE

Il Modello di Miglior Pratica (MMP) è una linea guida per la prevenzione delle fratture osteoporotiche, internazionalmente sostenuta e soggetta a referaggio. Il MMP promuove un modello di cura conosciuto come SCF, basato su un coordinatore, quale modello di riferimento per tutti gli ospedali e i servizi ambulatoriali che trattano pazienti con fratture da fragilità. Tale strumento svolge due funzioni:

- Provvede direttive alle istituzioni che stanno implementando un SCF
- Fissa degli standard per i SCF già stabiliti che cercano di migliorare i servizi esistenti

Strutturato su 13 standard, il MMP specifica gli elementi che sono essenziali per il successo di un SCF, propone obiettivi a cui aspirare e favorisce l'eccellenza. Ogni standard fissa criteri e traguardi suddivisi su tre livelli di successo: oro, argento e bronzo.

Riconoscimento di eccellenza

'Cattura la Frattura' dà riconoscimento a tutti i SCF in conformità con il Modello di Miglior Pratica su una mappa interattiva online. La procedura di riconoscimento funziona nel seguente modo:

1° passo

Il SCF invia la richiesta di riconoscimento



2° passo

Il SCF è segnato in verde sulla mappa interattiva e viene sottoposto a revisione



3° passo

Viene assegnato il livello di successo del MMP



3° passo

Il SCF è riconosciuto nella mappa



Per partecipare o per presentare la richiesta di riconoscimento del proprio SCF, visitare il sito: www.capturethefracture.org

1. IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

I pazienti con fratture nell'ambito della struttura sanitaria (struttura di ricovero e/o struttura ambulatoriale o sistema sanitario) sono identificati per consentire l'avvio della prevenzione delle fratture secondarie.

L'obiettivo di questo standard è di accertare il PERCORSO attraverso il quale vengono identificati i pazienti con fratture. Lo standard riconosce che alcune istituzioni gestiranno solo i pazienti ricoverati, alcune solo i pazienti ambulatoriali ed altre entrambi i tipi di pazienti.

Un questionario permetterà di identificare il tipo di pazienti con frattura entro la struttura sanitaria considerata.

LIVELLO 1

I pazienti con fratture cliniche vengono identificati, ma **non esiste un sistema di monitoraggio del paziente** per valutare la percentuale di pazienti che vengono identificati rispetto a quelli che non lo sono.

Razionale

La struttura sanitaria **non dispone di** un sistema per monitorare **ogni** paziente che si presenta con una frattura, e pertanto **non è in grado di** determinare con precisione la percentuale di tutti i pazienti che sono raggiunti dal servizio.

LIVELLO 2

I pazienti con fratture cliniche vengono identificati e **esiste un sistema di monitoraggio del paziente** per valutare la percentuale di pazienti che vengono identificati rispetto a quelli che non lo sono.

Razionale

La struttura sanitaria **dispone di** un sistema per monitorare **ogni** paziente che presenta una frattura, ed è in grado di determinare con precisione la percentuale di tutti i pazienti che sono raggiunti dal servizio.

LIVELLO 3

I pazienti con fratture cliniche vengono identificati e **esiste un sistema di monitoraggio del paziente** per valutare la percentuale di pazienti che vengono identificati rispetto a quelli che non lo sono. La qualità **di acquisizione dei dati è stata sottoposta a revisione indipendente.**

Razionale

La struttura sanitaria **dispone di** un sistema per monitorare **ogni** paziente che si presenta con una frattura e possiede misure di valutazione del controllo della qualità dei dati indipendenti dal gruppo che offre le cure post-frattura. Per esempio, un team di garanzia della qualità dei dati a livello ospedaliero o un gruppo che valuta la qualità della codifica clinica, interno o esterno all'ospedale o al sistema.

E' riconosciuto che la struttura sanitaria può diversi metodi per definire il proprio gruppo di 'paziente fratturato', sia che si tratti di codici diagnostici (ICD, CIM10), e/o dell'età del paziente, del tipo di frattura, ecc, da cui partire per consentire la prevenzione secondaria delle fratture.

2. VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

I pazienti con fratture individuati nell'ambito della struttura sanitaria, vengono valutati sul rischio di frattura successiva.

Questo standard concerne il numero di pazienti che sono valutati sul rischio di subire una frattura successiva. Lo scopo di questo standard è di accertare la proporzione di pazienti fratturati valutati sul rischio di fratture successive, tra tutti quelli che si presentano alla struttura o al sistema sanitario.

Lo standard riconosce che alcune istituzioni gestiranno solo i pazienti ricoverati, alcune solo i pazienti ambulatoriali ed altre entrambi i tipi di pazienti.

Inoltre, esso riconosce circostanze nelle quali la migliore pratica consiste nell'ignorare la valutazione della frattura per passare direttamente ai protocolli di trattamento (ad esempio, per i pazienti che hanno più di 80 anni).

LIVELLO 1

Dei pazienti identificati, per i quali il passaggio al trattamento immediato non è giustificato, il **50%** vengono valutati sul rischio di frattura successiva.

LIVELLO 2

Dei pazienti identificati, per i quali il passaggio al trattamento immediato non è giustificato, il **70%** vengono valutati sul rischio di frattura successiva.

LIVELLO 3

Dei pazienti identificati, per i quali il passaggio al trattamento immediato non è giustificato, il **90%** o più vengono valutati sul rischio di frattura successiva.

La valutazione su questo standard prenderà in particolare considerazione le difficoltà legate alla valutazione dei pazienti affetti da demenza o compromissione della funzione cognitiva.

3. TEMPISTICA DELLA VALUTAZIONE POST- FRATTURA

La valutazione post-frattura per la prevenzione delle fratture secondarie è condotta in modo tempestivo dopo la presentazione della frattura.

Questo standard concerne la tempistica di valutazione del rischio di fratture successive. Questa valutazione può essere eseguita da un qualsiasi operatore qualificato, ma deve essere monitorata dal coordinatore SCF e deve includere adeguati elementi di valutazione post-frattura come il test della densità ossea, la valutazione del rischio o altre procedure di valutazione relative al paziente. Tali criteri assicurano una valutazione del rischio di frattura ufficiale.

LIVELLO 1

La valutazione post-frattura per la prevenzione delle fratture secondarie avviene entro **13-16 settimane** dal riscontro della frattura clinica.

Razionale

La proporzione dei pazienti ai quali si applica tale standard è definita dal 50%, 70% o 90% necessario per raggiungere rispettivamente il Livello 1, il Livello 2 e il Livello 3, nello Standard 2.

LIVELLO 2

La valutazione post-frattura per la prevenzione delle fratture secondarie avviene entro **9-12 settimane** dal riscontro della frattura clinica.

Razionale

La proporzione dei pazienti ai quali si applica tale livello è definita dal 50%, 70% o 90% necessario per raggiungere rispettivamente il Livello 1, il Livello 2 e il Livello 3, nello Standard 2.

LIVELLO 3

La valutazione post-frattura per la prevenzione delle fratture secondarie avviene entro **8 settimane** dal riscontro della frattura clinica.

Razionale

La proporzione dei pazienti ai quali si applica tale livello è definita dal 50%, 70% o 90% necessario per raggiungere rispettivamente il Livello 1, il Livello 2 e il Livello 3, nello Standard 2.

Utilizzando i protocolli di tempistica media della struttura o del sistema sanitario, i candidati sono incoraggiati a indicare un arco temporale il più accurato possibile entro il quale avviene la valutazione post-frattura per la prevenzione delle fratture secondarie. Va osservato, tuttavia, che la valutazione post-frattura condotta in un tempo superiore a quattro mesi dopo la frattura è considerata troppo tardiva.

4. FRATTURA VERTEBRALE

La struttura sanitaria dispone di un sistema che identifica i pazienti con precedenti fratture vertebrali non riconosciute e li sottopone a una valutazione per la prevenzione delle fratture secondarie.

La maggior parte delle fratture vertebrali non sono identificate o rimangono ignote. L'obiettivo di questo standard è di stabilire quali sono i sistemi che la struttura sanitaria ha messo in atto per identificare le fratture vertebrali dei pazienti che si presentano e/o sono ricoverati per altri motivi clinici.

L'accertamento dello stato di una frattura vertebrale, oltre a quello della densità minerale ossea (DMO), ha dimostrato di migliorare significativamente il pronostico del rischio di fratture secondarie.

LIVELLO 1

I pazienti con **fratture vertebrali cliniche sono sottoposti a valutazione** e/o ricevono il trattamento per la prevenzione delle fratture secondarie.

LIVELLO 2

I pazienti con **fratture non-vertebrali sono sottoposti regolarmente a valutazione** con morfometria vertebrale laterale mediante DXA (o, eventualmente, da semplice esame radiologico della colonna vertebrale) per la valutazione delle fratture vertebrali.

LIVELLO 3

I pazienti **segnalati dalle strutture ospedaliere di radiologia** per il rilevamento di fratture vertebrali in seguito all'esame radiologico planare, alla TAC e alla risonanza magnetica (riscontro casuale o non) sono identificati dal SCF per essere sottoposti alla valutazione per il trattamento per la prevenzione delle fratture secondarie.

4. FRATTURA VERTEBRALE

Razionale

Fino ad un quarto dei pazienti che si presentano ad un SCF con fratture non-vertebrali mostrano di avere deformità vertebrali successivamente alla valutazione tecnologica/radiologica della frattura vertebrale. Lo standard riconosce che per alcuni dei pazienti con frattura, la valutazione della frattura vertebrale può non essere pratica per la gestione del cambiamento (per esempio, tra i pazienti con una frattura dell'anca).

Razionale

Per quei pazienti inviati ad un'unità di densitometria ossea locale per eseguire un esame DXA per motivi non direttamente connessi alla precedente storia della frattura, l'accertamento dello stato della frattura vertebrale può significativamente interessare le decisioni di trattamento per una proporzione di pazienti.

Razionale

Un numero significativo di immagini vengono effettuate tra i pazienti con più di 50 anni di età. Questo costituisce un'opportunità per aumentare significativamente la quota di identificazione dei pazienti con fratture vertebrali precedenti non rilevate nel corso di trattamenti legati ad altre condizioni.

Questo standard riconosce che i pazienti con fratture vertebrali siano difficili da identificare. Esso è ambizioso, ma dal momento in cui le fratture vertebrali sono le fratture da fragilità più comuni, sarebbe negligente non includere il tentativo di identificarli in questo modello.

5. VALUTAZIONE DELLE LINEE GUIDA

La valutazione della prevenzione delle fratture secondarie effettuata dalla struttura sanitaria è coerente con le linee guida locali/regionali/nazionali.

L'obiettivo di questo standard è duplice. In primo luogo, richiede alle strutture sanitarie di aderire a direttive soggette a referaggio a livello locale, regionale o nazionale. In secondo luogo sottolinea l'importante ruolo di leadership che svolge un SCF nell'offrire un sostegno ai colleghi operanti nel sistema sanitario nazionale. Un SCF ben affermato, dovrebbe svolgere un ruolo di primo piano nella divulgazione e nella stesura di linee guida nazionali sulla prevenzione delle fratture secondarie.

LIVELLO 1

La valutazione della struttura sanitaria è coerente con le direttive soggette a referaggio sviluppate dalla struttura **locale** che possiede un SCF, o con linee guida internazionali ruggette a reteraggioadattate.

Razionale

Sebbene l'uso di linee guida locali o di linee guida internazionali adattate sia ammesso a questo livello, non appena vengano sviluppate linee guida regionali, statali o nazionali, il sito deve impegnarsi per modificare le valutazioni per la prevenzione delle fratture secondarie.

LIVELLO 2

La valutazione dell'istituzione è coerente con le linee guida **regionali** o statali.

Razionale

Sebbene l'uso di linee guida regionali o statali sia accettato a questo livello, non appena vengano sviluppate linee guida nazionali il sito deve impegnarsi per modificare le valutazioni per la prevenzione delle fratture secondarie.

LIVELLO 3

La valutazione dell'istituzione è coerente con le linee guida **nazionali**.

E' riconosciuto che la struttura o il sistema sanitario potrebbe essere limitato dalle linee guida vigenti all'interno del proprio Paese.

6. CAUSE SECONDARIE DI OSTEOPOROSI

La struttura sanitaria è in grado di dimostrare che percentuale di pazienti richiedenti un trattamento per la prevenzione delle fratture secondarie è sottoposta ad ulteriori indagini (solitamente esami del sangue) per definire le cause sottostanti i bassi valori di DMO.

E' importante accertare perchè i pazienti hanno l'osteoporosi. La valutazione dovrebbe seguire un algoritmo che effettua un esame delle cause secondarie.

LIVELLO 1

La struttura sanitaria è in grado di dimostrare che il **50%** dei pazienti che necessitano di un trattamento sono regolarmente sottoposti a screening per identificare le cause secondarie di osteoporosi.

LIVELLO 2

La struttura sanitaria è in grado di dimostrare che il **70%** dei pazienti che necessitano di un trattamento sono regolarmente sottoposti a screening per identificare le cause secondarie di osteoporosi.

LIVELLO 3

La struttura sanitaria è in grado di dimostrare che il **90%** dei pazienti che necessitano di un trattamento sono regolarmente sottoposti a screening per identificare le cause secondarie di osteoporosi. Tale valutazione viene fatta tramite il protocollo del sito e, se indicato, viene predisposto un rinvio agli specialisti.

Razionale

Per chiarezza, nei sistemi sanitari in cui è il medico di base a decidere se inviare il paziente a visita specialistica in caso di necessità, il SCF deve avere un solido accordo con i medici di base locali per assicurarsi che la consultazione abbia luogo.

E' riconosciuta l'esistenza di diversi metodi utilizzati per identificare le cause secondarie di osteoporosi. La filosofia di questo standard è che i pazienti fratturati che hanno bisogno di un trattamento siano valutati per identificare le cause secondarie di osteoporosi secondo i metodi esistenti nella struttura o nel sistema sanitario.

7. SERVIZI DI PREVENZIONI DELLE CADUTE

I pazienti che presentano una frattura da fragilità, e che sono avvertiti a rischio di ulteriori cadute, sono valutati per decidere se sia necessario o no attuare interventi di prevenzione sulle cadute, e, in tal caso, sono successivamente inviati a un servizio di prevenzione delle cadute accertato.

La classificazione di questo standard si basa sulla disponibilità o meno di servizi di prevenzione delle cadute. Il livello standard di base consiste nel valutare se un paziente abbia bisogno di tale servizio. Il livello di classificazione aumenterà qualora tali servizi siano disponibili e i pazienti possano esservi inviati.

LIVELLO 1

Il **50%** dei pazienti che presentano fratture e che sono stati avvertiti a rischio di ulteriori cadute sono valutati per decidere se sia necessario attuare un programma di prevenzione delle cadute.

Razionale

Tutti i pazienti sono valutati sul rischio di caduta tramite l'uso di un questionario di base di valutazione del rischio di caduta.

LIVELLO 2

Il **70%** dei pazienti che presentano fratture e che sono stati avvertiti a rischio di ulteriori cadute sono valutati per decidere se sia necessario attuare un programma di prevenzione delle cadute.

LIVELLO 3

Il **90%** dei pazienti che presentano fratture e che sono stati avvertiti a rischio di ulteriori cadute sono valutati per decidere se sia necessario attuare un programma di prevenzione delle cadute, e i pazienti interessati sono rinviiati a un servizio di prevenzione delle cadute accertato che compie interventi basati sulla medicina di evidenza.

Razionale

Il programma di prevenzione delle cadute dovrebbe seguire i criteri della medicina basata sull'evidenza.

Questo standard determina se sia disponibile un servizio di prevenzione delle cadute, e in che modo esso venga utilizzato. Se tale servizio non fosse ancora disponibile nella località, il presente standard diviene un obiettivo a cui ambire e incoraggia la direzione del SCF a sollecitare la struttura o il sistema sanitario a creare e rendere disponibile un servizio di prevenzione delle cadute.

8. VALUTAZIONE DEI MOLTEPLICI FATTORI DI RISCHIO LEGATI ALLA SALUTE E ALLO STILE DI VITA

I pazienti che presentano fratture da fragilità sono sottoposti ad una valutazione dei fattori di rischio come misura preventiva per individuare eventuali cambiamenti di salute e dello stile di vita che, se implementati, ridurranno il rischio di ulteriori fratture. I pazienti che ne hanno bisogno, sono successivamente indirizzati a un professionista del team multidisciplinare per una successiva valutazione e per iniziare il trattamento.

Oltre al trattamento con i farmaci, è importante identificare altre misure di intervento in grado di ridurre il rischio di fratture future, tra cui la valutazione dei fattori di rischio legati alla salute o allo stile di vita. L'identificazione di fattori di rischio come il fumo, l'uso di alcol, la malnutrizione, la mancanza di esercizio fisico, la scarsa coordinazione, lo scarso equilibrio, ecc e l'indirizzamento del paziente ad un operatore sanitario per un intervento adeguato, contribuirà a prevenire il rischio di frattura.

LIVELLO 1

Il **50%** dei pazienti ricoverati sono sottoposti alla valutazione di tutti i fattori di rischio.

LIVELLO 2

Il **70%** dei pazienti ricoverati sono sottoposti alla valutazione di tutti i fattori di rischio.

LIVELLO 3

Il **90%** dei pazienti ricoverati sono sottoposti alla valutazione di tutti i fattori di rischio.

La valutazione dei fattori di rischio può essere fatta da un operatore sanitario all'interno del SCF (medico, infermiere, coordinatore SCF, ecc), e in base ai servizi di intervento necessari i pazienti possono essere indirizzati al relativo operatore sanitario per un'ulteriore valutazione e trattamento. Per esempio, se a un paziente molto anziano con una frattura da fragilità sottoposto ad una valutazione di tutti i fattori di rischio vengono identificati bassi livelli di coordinazione ed equilibrio, il SCF lo indirizzerà affinché gli vengano prescritti dei protettori dell'anca come misura preventiva per la frattura dell'anca da caduta.

E' riconosciuta l'esistenza di diversi metodi utilizzati per identificare i molteplici fattori di rischio di ulteriori fratture. La filosofia di questa procedura standard è che i pazienti fratturati che hanno bisogno del trattamento, sono esaminati per identificare i fattori di rischio relativi allo stile di vita in conformità con i metodi esistenti nella struttura o nel sistema sanitario.

9. INIZIO DEL TRATTAMENTO

Tutti i pazienti fratturati con più di 50 anni non in trattamento al momento della frattura, iniziano o, se necessario, sono indirizzati al loro medico di base per iniziare il trattamento per l'osteoporosi in conformità con le linee guida locali/regionali/nazionali basate sulla medicina di evidenza.

Lo standard non è una misurazione generale della percentuale dei pazienti trattati, ma piuttosto la misurazione della percentuale dei pazienti contemplati nelle linee guida e che sono sottoposti a un trattamento. Lo standard riconosce che non tutti i pazienti con più di 50 anni richiedono necessariamente un trattamento.

LIVELLO 1

Il **50%** dei pazienti con fratture, **che sono idonei al trattamento** secondo le linee guida locali / nazionali / regionali basate sull'evidenza, iniziano il trattamento con farmaci per l'osteoporosi.

LIVELLO 2

Il **70%** dei pazienti con fratture, **che sono idonei al trattamento** secondo le linee guida locali / nazionali / regionali basate sull'evidenza, iniziano il trattamento con farmaci per l'osteoporosi.

LIVELLO 3

Il **90%** dei pazienti con fratture, **che sono idonei al trattamento** secondo le linee guida locali / nazionali / regionali basate sull'evidenza, iniziano il trattamento con farmaci per l'osteoporosi.

Questo standard riconosce delle varianti nel sistema sanitario alla base. A seconda della natura del sistema di cura sanitario, il trattamento può essere avviato dallo specialista o, qualora il medico di base sia il "primo riferimento del paziente", lo specialista può rindirizzare il paziente al medico di base. In entrambi i casi deve esservi prova del fatto che il processo scelto sia il più robusto possibile.

10. REVISIONE DEL TRATTAMENTO

Ai pazienti già in trattamento con farmaci per l'osteoporosi quando si presentano con la frattura, viene offerta la possibilità di effettuare una rivalutazione, la quale prevede una revisione dell'adesione al farmaco, la valutazione di trattamenti alternativi per l'osteoporosi e l'ottimizzazione degli interventi non farmacologici.

L'obiettivo di questo standard è di valutare se il SCF rivaluti i pazienti che si sono fratturati durante un trattamento per l'osteoporosi, e che proporzione di questo sottogruppo di pazienti è sottoposto alla rivalutazione.

LIVELLO 1

La struttura sanitaria dimostra di revisionare i farmaci del **50%** dei pazienti reclutati in precedenza (dal SCF) e in trattamento al momento della frattura, e dimostra di compiere una revisione dell'adesione al farmaco e/o la valutazione di interventi alternativi.

LIVELLO 2

La struttura sanitaria dimostra di revisionare i farmaci del **70%** dei pazienti reclutati in precedenza (dal SCF) e in trattamento al momento della frattura, e dimostra di compiere una revisione dell'adesione al farmaco e/o la valutazione di interventi alternativi.

LIVELLO 3

La struttura sanitaria dimostra di revisionare i farmaci del **90%** dei pazienti reclutati in precedenza (dal SCF) e in trattamento al momento della frattura e dimostra di compiere una revisione dell'adesione al farmaco e/o la valutazione di interventi alternativi.

11. STRATEGIA DI COMUNICAZIONE

Il piano di gestione del SCF nella struttura sanitaria viene comunicato ai medici di assistenza primaria e secondaria e contiene le informazioni richieste e approvate dai politici/amministratori sanitari locali.

L'obiettivo di questo standard è di stabilire in che misura il piano di gestione del SCF e la comunicazione di questo ai colleghi clinici per la cura primaria e secondaria abbia tenuto conto delle le opinioni dei colleghi per rispondere alle loro necessità, al fine di garantire l'aderenza ottimale alle raccomandazioni del SCF.

LIVELLO 1

Il piano di gestione del SCF della struttura sanitaria viene **comunicato** ai medici di assistenza primaria e secondaria.

LIVELLO 2

Il piano di gestione del SCF della struttura sanitaria viene **comunicato** ai medici di assistenza primaria e secondaria **e contiene almeno il 50% dei criteri elencati.***

LIVELLO 3

Il piano di gestione del SCF della struttura sanitaria viene **comunicato** ai medici di assistenza primaria e secondaria e **contiene almeno il 90% dei criteri elencati.***

*Questa procedura standard si applica quando ai pazienti che si presentano ad una struttura ospedaliera o ambulatoriale per motivi non-ortopedici, viene identificata una frattura precedente (per esempio, una radiografia del torace in caso di polmonite può mostrare una frattura vertebrale inattesa). In questo caso, si prepara e si comunica al paziente un piano di gestione post-frattura e si avvertono tutti gli operatori sanitari e i contribuenti (se richiesto) coinvolti nella cura del paziente. * Criteri menzionati nel Livello 2 e Livello 3: punteggio di rischio di frattura, DXA -DMO, DXA - risultato della valutazione della frattura vertebrale o esame radiologico della spina dorsale, se eseguito, fattori di rischio di osteoporosi primaria, cause secondarie di osteoporosi (se applicabile), fattori di rischio di frattura / cadute, trattamento farmacologico corrente (se applicabile), revisione dell'adesione al trattamento, piano di continuazione a lungo termine, valutazione dei fattori di rischio legati allo stile di vita, periodo temporale dall'ultima frattura*

12. TRATTAMENTO A LUNGO TERMINE

La struttura sanitaria dispone di un protocollo in vigore per una continuazione degli interventi iniziali basati sull'evidenza a lungo termine e un piano di adesione a lungo termine.

L'obiettivo di questo standard è di stabilire quali processi sono in atto per garantire l'affidabilità della gestione del rischio di frattura a lungo termine. Nei sistemi sanitari in cui l'infrastruttura di cure primarie è consolidata, il trattamento primario locale deve essere coinvolto nello sviluppo di processi che implementeranno l'aspetto di cura post-frattura. Nei sistemi sanitari privi di infrastrutture di assistenza primaria, il SCF deve stabilire processi di feedback efficaci da parte del paziente stesso o da un accompagnatore e mettere a punto strategie per assicurare un seguito da parte del SCF.

LIVELLO 1

Le raccomandazioni sul trattamento rivolte ai pazienti che necessitano di trattamenti farmacologici, comprendono un piano di continuazione a lungo termine **>12 mesi dopo** la frattura. Queste suggeriscono quando il paziente dovrebbe sottoporsi ad un'ulteriore rivalutazione del rischio di frattura e della necessità di trattamento.

LIVELLO 2

LIVELLO 3

Le raccomandazioni sul trattamento rivolte ai pazienti che necessitano di trattamenti farmacologici comprendono **sia** un piano di continuazione a breve termine, **<12 mesi dopo** la frattura, **sia** un piano a lungo termine, **>12 dopo** la frattura.

Queste suggeriscono quando il paziente deve essere sottoposto a una rivalutazione del rischio di frattura e comprendono indicazioni circa il trattamento, le persone responsabili di monitorare l'aderenza al trattamento e il momento in cui si effettua tale monitoraggio.

12. TRATTAMENTO A LUNGO TERMINE

Razionale

La struttura sanitaria è in grado di dimostrare che proporzione di pazienti inizialmente valutati dal SCF ha un piano di continuazione a lungo termine (1 - 2 anni e oltre).

Razionale

La struttura sanitaria è in grado di dimostrare che percentuale di pazienti inizialmente valutati dal SCF ha un piano di continuazione a breve termine, entro 6-12 mesi, così come un piano di gestione a lungo termine (1 - 2 anni e oltre).

*Una delle responsabilità chiave di un SCF è quella di disporre di un **protocollo in vigore** per garantire un seguito a lungo termine, nonché chiare indicazioni su quando e con chi gestire la responsabilità del monitoraggio dell'aderenza al trattamento, sia il SCF, il medico di base, o altre figure di riferimento previste dal sottostante sistema sanitario.*

13. SISTEMA DI RACCOLTA DEI DATI

Tutti i pazienti ai quali è stata identificata una frattura da fragilità vengono successivamente registrati in una banca dati che alimenta la banca dati nazionale.

L'obiettivo di questo standard è di sottolineare l'importanza di possedere un sistema di raccolta dei dati efficace per sostenere il servizio. La procedura standard inoltre, enfatizza l'esigenza di sviluppare banche dati locali, regionali e nazionali che permettano l'analisi comparativa delle cure con le unità del SCF di tutto il Paese.

LIVELLO 1

Gli elenchi dei pazienti con frattura da fragilità (per i pazienti già identificati) sono registrati in un **sistema di raccolta dei dati locale**.

LIVELLO 2

Il sito dimostra che tutti i dati dei pazienti con frattura da fragilità sopra individuati sono registrati in una banca dati che può essere **condivisa a livello regionale** per un eventuale confronto dei dati.

LIVELLO 3

Il sito dimostra che tutti i dati dei pazienti con frattura da fragilità sopra individuati sono registrati in un **sistema di raccolta dati centrale nazionale**. La banca dati è in grado di fornire una valutazione comparativa con tutte le unità.

Un sistema di raccolta dei dati locale per la registrazione dei dati dei pazienti con frattura da fragilità, Livello 1, è essenziale per un SCF. Un sistema di raccolta dei dati nazionale tuttavia è un obiettivo a cui aspirare e che richiede un grado di impegno maggiore: per questo motivo esso si situa sotto il Livello 3.

RIGUARDO A 'CAPTURE THE FRACTURE®' (CATTURA LA FRATTURA)

'Capture the Fracture®' è un'iniziativa della IOF che promuove la prevenzione delle fratture secondarie a livello globale facilitando l'implementazione di Servizi di Coordinamento per la Frattura (SCF), un modello di cura post-frattura basato su un coordinatore. Per maggiori informazioni e un'ampia portata di risorse, si visiti il sito www.capturethefracture.org.

Il Modello di Miglior Pratica è stato originariamente pubblicato nel seguente documento di posizione della IOF:

Akesson K, Marsh D, Mitchell PJ, McLellan AR, Stenmark J, Pierroz DD, Kyer C, Cooper C; IOF Fracture Working Group (2013) Capture the Fracture: a Best Practice Framework and global campaign to break the fragility fracture cycle. *Osteoporos Int* 24:2135-2152.

Mondialmente, c'è un ampio divario nella cura medica che lascia milioni di pazienti fratturati a serio rischio di fratture future. 'Capture the Fracture®' spera di chiudere tale divario, facendo della prevenzione delle fratture secondarie una realtà.

Prof Cyrus Cooper
PRESIDENTE, IOF



International Osteoporosis Foundation

9 rue Juste-Olivier • CH-1260 Nyon • Switzerland • T +41 22 994 01 00 • F +41 22 994 01 01
info@iofbonehealth.org • www.iofbonehealth.org